



INFORMACIÓN GENERAL	PLAN DE PAGO DIRECTO DE LOS OBREROS	KAISER PERMANENTE
Tipo del Plan	El Plan de Pago Directo proporciona beneficios médicos tradicionales de cargo por servicio. El Plan de pago Directo ofrece beneficios a costos menores cuando se usan los hospitales, doctores, laboratorios y centros de radiología y cirugía ambulatoria de la red del Plan de Comprador Prudente <sup>1</sup> .	La atención se proporciona por medio de los doctores y personal medico del Centro del Kaiser Permanente ubicado en el área de servicio del miembro.
Área Geográfica Cubierta	Estados Unidos, sus territorios y posesiones. Los servicios fuera de Estados Unidos pueden cubrirse si se deben a una emergencia.	Vea la carta adjunta que le notifica si este plan esta a disposición suya.
Selección de Doctores	Sin limite. El uso de los doctores del Plan del Comprador Prudente resultara en gastos menores del propio bolsillo.	Los miembros deberán utilizar un Doctor de Kaiser Permanente.
Atención Especializada en la Red	Usted selecciona a cualquier especialista.	Auto-referencia con especialistas de alergias, dermatología, psiquiatría. Su doctor de Kaiser Permanente lo refiere con otros especialistas.
Atención Especializada fuera de la Red	Usted selecciona a cualquier especialista.	Se cubre totalmente si el doctor de Kaiser Permanente lo refiere con un especialista externo.
Atención Fuera del Área	Los beneficios fuera de la red se aplican al tratamiento en cualquier sitio de Estados Unidos, sus territorios y posesiones.	\$100 de copago por cobertura de emergencia en todo el mundo por enfermedades o lesiones imprevistas. Se dispensa si lo hospitalizan.
Formas de Reclamos	Ninguna.	Ninguna excepto la atención de emergencia fuera del plan con proveedores que no son de Kaiser Permanente.
<b>BENEFICIOS MÉDICOS AMPLIOS</b>		
Deducible del Plan	\$150 por persona, máximo de \$450 por familia por Año del Plan. No se aplica a los beneficios Internado en Hospital, de Examen Físico y de Recetas de Medicina.	Ninguno.
Máximo del Plan	\$1,500,000 de por vida por persona con reinstalación de \$2,000 por Año del Plan. El máximo de por vida no se aplica a los beneficios Internado en Hospital, Examen Físico y Recetas de Medicina.	Ninguno. Se aplican algunas restricciones.
Gasto Máximo del Propio Bolsillo del Participante en un Año del Plan	\$3,000 por persona hasta \$6,000 por familia por Año del Plan. Los gastos del propio bolsillo incluyen su deducible por Año del Plan, su coseguro y el 10% de copago por escandía en hospital por cargos solamente de proveedores del Plan del Comprador Prudente. No incluye los copagos por visita al Doctor o por Salas de Emergencia, las sanciones por no utilizar un hospital del Plan del Comprador Prudente o por no obtener la Revisión de Utilización, su coseguro por cargos con proveedores que no sean del Plan del Comprador Prudente, las exclusiones y limitaciones del Plan.	No es aplicable.

INFORMACIÓN GENERAL	PLAN DE PAGO DIRECTO DE LOS OBREROS	KAISER PERMANENTE
<p><b>Internado en Hospital Médico / Cirugía</b></p> <p>Salud Mental</p> <p>Institución de Enfermería Especializada (Atención Prolongada)</p> <p>Alcohol y Abuso de Substancias</p> <p>Revisión de Utilización</p>	<p>Plan de Comprador Prudente – 90% de los primeros \$10,000 de tarifas negociadas, 100% en adelante para servicios médicamente necesarios del hospital</p> <p>No del Plan de Comprador Prudente – 70% (10% de copago regular mas 20% de sanción por no utilizar a un proveedor preferente) de los primeros \$10,000 de cargos cubiertos, 100%. (Excepción: Las admisiones de emergencia y participantes que residen fuera del área de servicio – pagaderos al 90% en lugar del 70%. Consulte la nota #1 para definición de Área de Servicio).</p> <p>Ver arriba beneficios en Médico / Cirugía.</p> <p>Ver arriba beneficios en Médico / Cirugía.</p> <p>DEBERÁ SER CON CLARMONT BEHAVIORAL SERVICES.  <b>ADULTO:</b>  1<sup>er</sup> Tratamiento 100% de la tarifa del contrato, 20 días máximo. 2<sup>o</sup> Tratamiento: 50% de la tarifa del contrato, 20 días máximo.  <b>ADOLESCENTE:</b>  1 Tratamiento: 100% de la tarifa del contrato, 45 días máximo.  \$10,000 Limite de por vida por adulto; \$12,500 Limite de por vida por adolescente.</p> <p>Parte automática de los procedimientos del Plan cuando se admite en un hospital participante. Se requiere de TODAS las admisiones en hospital o institución de atención prolongada. 20% de sanción de los primeros \$10,000 en cargos pagaderos por no cumplir.</p>	<p>100% después del copago de \$200 por todos los beneficios y servicios cubiertos en instituciones medicas de Kaiser Permanente.</p> <p>100% después de \$200 de copago hasta 30 días por año calendario.</p> <p>100% después de \$200 de copago hasta 100 días por periodo de beneficio cuando lo autorice un doctor del Plan.</p> <p>100% después del copago de \$200 solo por destoxificación. (No se cubre la rehabilitación).</p> <p>Servicios de Recuperación Residencial en Transición – hasta 60 días por año calendario sin pasar de 120 días en cualquier periodo de 5 años.</p> <p>Parte automática de los procedimientos del Plan.</p>
<p>Atención no internado en Hospital</p>	<p>Plan del Comprador Prudente: 90% de las tarifas negociadas. No del Plan del Comprador Prudente: 70% de los cargos cubiertos.</p>	<p>\$20 de copago por visita por la mayoría de los servicios en consulta externa.</p>
<p>Sala de Emergencia en Hospital</p>	<p>Plan del Comprador Prudente: 90% de la tarifa negociada después de \$25 de copago.</p> <p>No del Plan de Comprador Prudente: 70% de los cargos cubiertos después del copago de \$50. Se dispensa el copago bajo ciertas circunstancias.</p>	<p>\$100 de copago por visita. Se dispensa si lo hospitalizan.</p>
<p>Centro Quirúrgico Ambulatorio</p>	<p>Centro del Plan de Comprador Prudente, 90% de la tarifa negociada. Centro no del Plan del Comprador Prudente, 70% de los cargos cubiertos.</p>	<p>100% después de \$20 de copago en una institución medica de Kaiser Permanente.</p>
<p>Atención de Salud en Casa</p>	<p>90% de la tarifa negociada. Deberá tener autorización previa de Blue Cross of California.</p>	<p>100% cuando lo autorice un doctor del Plan para atención de tiempo parcial e intermitente.</p>
<p>Atención de Hospicio</p>	<p>90% de la tarifa negociada. Deberá tener autorización previa de Blue Cross of California.</p>	<p>100% cuando se seleccione como alternativa a los servicios tradicionales y los autorice un doctor del Plan.</p>

INFORMACIÓN GENERAL	PLAN DE PAGO DIRECTO DE LOS OBREROS	KAISER PERMANENTE
Ambulancia	Proveedor del Plan de Comprador Prudente: 90% de la tarifa negociada Proveedor no del Plan de Comprador Prudente: 70% de lo UAR <sup>2</sup> . Excepto: Si se trata de una condición que amenace la vida, se paga al 90% de los UAR.  Se pudiera cubrir la ambulancia aérea si se debe a una condición medica que amenace la vida.	Sin cargo cuando sean médicamente necesarios y los autorice un doctor de Kaiser Permanente.
Visita al Consultorio	Doctor del Plan del Comprador Prudente: 100% de la tarifa negociada después del copago de \$15 por visita. Doctor no del Plan del Comprador Prudente: 70% del lo UAR después del copago de \$15 por visita. Copago por visitas al Consultorio del Doctor no se aplica a los Exámenes Físicos, Atención de Bebes en Salud, Atención Quiropráctica o las visitas de salud mental en consulta externa.	100% después de un copago de \$20 por visita.
Cargo del Doctor por Cirugía	Doctor del Plan del Comprador Prudente: 90% de la tarifa negociada. Doctor no del Plan del Comprador Prudente: 70% del lo UAR.	Internado – 100%; en consulta externa – 100% después de \$20 de copago por visita.
Examen Físico / Bebes en Salud	Obrero o Cónyuge: \$200 máximo por Año del Plan. Niño dependiente mayor de 2 años: \$100 máximo por Año del Plan. Los cargos por atención de niños en salud para hijos dependientes hasta la edad de 2 años son pagaderos como visitas rutinarias al consultorio y no están sujetos al máximo de \$100 por Año del Plan.	100% después de \$20 de copago.
Inmunizaciones e Inoculaciones (Vacunas)	Proveedor del Plan del Comprador Prudente: 90% de la tarifa negociada. Proveedor no del Plan del Comprador Prudente: 70% de lo UAR. Las inmunizaciones se cubren solamente para los hijos dependientes.	100%
Pruebas de Lab, Rayos X, MRI, Tomografía computarizada de Diagnóstico	Centro del Plan del Comprador Prudente: 90% de la tarifa negociada. Centro no del Plan del Comprador Prudente: 70% de lo UAR.	100%.
Salud Mental	Máximo 40 visitas por Año del Plan. Proveedor del Plan de Comprador Prudente: 50% de la tarifa negociada. Centro no del Plan del Comprador Prudente: 70% de lo UAR	100% después de \$20 de copago por persona o visita de grupo. Se limita a 2 visitas por año calendario. Sin limite para condiciones del AB88.
Beneficios de Quiropráctica	\$40 por visita, limite de 20 visitas por Año del Plan. \$100 máximo por rayos X por Año del Plan.	\$5 de copago por visita, 20 visitas por año calendario.
Abuso de Alcohol y de Substancias (Pacientes Externos)	DEBERAN SER CON CLAREMONT BEHAVIORAL SERVICES. Visita 1 - 10: 100% de tarifa negociada. Visita 11 - 25: 85% de tarifa negociada. Visita 26 - 40: 70% de tarifa negociada. Visita 41 - 50: 50% de tarifa negociada.	Terapia Individual en Consulta Externa – 100% después de \$20 de copago por visita.  Terapia de Grupo en Consulta Externa – 100% después de \$5 de copago por visita.
Ayudas y Aparatos Auditivos	\$750 máximo pagadero por oído y por aparato cada 36 meses.	\$500 máximo pagadero por ambos oídos cada 36 meses. \$20 de copago por prueba de oído.
Equipo Medico Duradero	Deberá ser recetado por un doctor. Proveedor del Plan del Comprador Prudente: 90% de la tarifa negociada. Proveedor no del Plan de Comprador Prudente: 70% de lo UAR.	100% cuando lo recete un doctor del Plan y este de acuerdo con las guías del formulario DME del Plan de Salud.

INFORMACIÓN GENERAL	PLAN DE PAGO DIRECTO DE LOS OBREROS	KAISER PERMANENTE
<b>OTROS BENEFICIOS</b>		
Beneficios por Muerte y Muerte y Desmembramiento Accidental	<p>Los beneficios serán proporcionados ya sea que se inscriba en el Plan de Atención Administrado o en el Plan de Kaiser.</p> <p><b>Muerte del Empleado:</b> \$15,000 mas \$15,000 adicionales si la muerte es el resultado de un accidente. <b>Lesión o Desmembramiento del Empleado:</b> \$7,000 a \$15,000 dependiendo de la parte o partes del cuerpo.</p> <p><b>Muerte del Cónyuge Dependiente:</b> \$7,500. <b>Muerto de un Hijo Dependiente:</b> \$500 de la edad de 24 horas a menos de 2 años de edad; \$750 por edades de 2 años pero menos de 5 años de edad; \$1,000 por edades de 5 años pero menos de 10 años de edad.</p>	
Atención Óptica	<p>Los beneficios del VSP "Value Plan" de Visión Service se proporcionan por medio del Fondo. Pagaderos cada 12 meses para exámenes y lentes, 24 meses para armazones. \$10 de deducible por examen y \$20 de deducible por lentes y armazones.</p> <p>Plan Activo: Refiérase al Grupo #00860000, División 4, Clase 2. Plan Especial III: Refiérase al Grupo #00860000, División 2, Clase 1.</p>	<p>Además de los beneficios de VSP proporcionados por medio del fondo (ver Plan de Salud Administrada), Kaiser proporciona una beneficio de examen de la vista con un copago de \$20 por examen.</p>
Recetas de Medicina	<p>Beneficios de Prescripción Solutions se proporcionan por medio del Fondo.</p> <p>Al Menuedo: El Participante paga el copago que se indica por receta. Máximo surtido de 30 días por receta.</p> <p>Genéricas: \$10; De Marca del Formulario: \$20; De Marca No Formulario: \$30</p> <p>Servicio por Correo: El Participante paga el copago que se indica por receta. 90 días de surtido máximo por receta.</p> <p>Genéricas: \$20; De Marca del Formulario: \$40; De Marca No Formulario: \$60</p> <p>El Servicio por Correo son obligatorios para medicinas de mantenimiento.</p> <p>Si esta disponible u n equivalente genérico y el Participante o el Doctor prefieren una medicina e marca, el Participante será responsable de la diferencia en costo entre la medicina genérica y la de marca.</p>	<p>\$15 de copago por receta por un surtido de 100 días (limite de surtido de 30 días para ciertas medicinas) por medicinas genéricas o por medicinas de marca recetadas que sean médicamente necesarias de acuerdo con las guías del Formulario del Plan de Salud y que se obtengan de la farmacia del Plan.</p> <p>No se cubren las medicinas recetadas por doctores que no sean de Kaiser.</p>
Atención Dental	<p>Los beneficios se proporcionan por medio del Fondo ya sea inscriba en el Plan de Pago Directo o de Kaiser. El Fondo ofrece cuatro opciones del Plan Dental: <b>(Nota a los Participantes del Plan Especial III: Ciertas empleadores no contribuyen a la cobertura dental. Llame a la Oficina del Fondo para verificar si su empresa hace contribuciones).</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Delta Dental Plan of California. Refieres al Grupo #2211-0001 para el Plan Activo o #2211-0002 para el Plan Especial III.</li> <li>2. DeltaCare PMI. Refiérase al Grupo #00742-0001 para el Plan Activo o Grupo #00742-0002 para el Plan Especial III..</li> <li>3. Bright Now! Dental. Refiérase al Grupo #NCLU 01 para el Plan Activo o Grupo #NCLU 02 para el Plan Especial III.</li> <li>4. Pacific Union Dental. Refiérase al Grupo #95487 para el Plan Activo o Grupo #95486 para el Plan Especial III.</li> </ol>	
Números gratuitos	1-800-244-4530	1-800-464-4000 (ingles) o 1-800-788-0616 (español). Refiérase al Grupo #: 32900-0000 para el Plan Activo, o Grupo # 32900-0001 para el Plan Especial III.

**Esta comparación de beneficios tiene por objeto ser solo un resumen de los beneficios de cada plan. No se incluyeron todas las exclusiones y limitaciones de la cobertura de los beneficios y pudieran variar ligeramente en cada uno de los planes. El contenido de esta comparación no deberá interpretarse ni aceptarse como sustituto de las disposiciones de las Reglas y Reglamentos del Fondo o del Contrato con Kaiser.**

<sup>1</sup>El Área de servicio del Plan de Proveedores Preferentes (Plan del Comprador Prudente) se extiende a todos los 46 Condados del Norte de California

<sup>2</sup> UAR significa Usual Acostumbrado y Razonable.



## FONDO FIDEICOMISO DE SALUD Y BIENESTAR

### COMPARACION DE LOS PLANES DENTALS CON VIGENCIA DEL 1° DE MARZO DE 2007

Características de los Planes	Delta Dental of California		Bright Now!	Pacific Union Dental	DeltaCare USA
	Delta Dental Premier	Delta Dental PPO			
<b>Tipo de Plan</b>	<b>Plan Tradicional CARGO-POR-SERVICIO.</b> Paga beneficios de acuerdo a una Tabla de Asignaciones. Usted paga la diferencia entre La Asignación y los gastos del dentista.	<b>Plan PPO.</b> Los dentistas en el Plan PPO de Delta Dental negocian por costos más barato que los costos del Plan de Delta Dental Premier. Procedimientos dentales son pagados de acuerdo a una Tabla de Asignaciones. Usted paga la diferencia entre La Asignación y los gastos del dentista.	<b>Plan Prepagado - HMO.</b> Usted escoja un dentista de Bright Now! para proveer todos los servicios incluyendo remisión a la especialista.	<b>Plan Prepagado - HMO.</b> Usted escoja un dentista de Pacific Union para proveer todos los servicios incluyendo remisión a la especialista.	<b>Plan Prepagado - HMO.</b> Usted escoja un dentista de DeltaCare USA para proveer todos los servicios incluyendo remisión a la especialista.
<b>Área de Cubierta</b>	Más que 9,000 dentistas de Delta Dental Premier en el Norte de California.	Llama al 800-765-6003 para la lista del los dentistas Delta Dental DPO en su área. (Red limitada)	Roseville, Modesto, Fresno, Visalia, Oakland, Daly City, Fremont, Martínez, Salinas, San José, Pinole, Belmont, Rohnert Park, Clovis, Sacramento. Llama al 888-274-4486 para locaciones de las oficinas.	Oficinas Dentales por todo el Norte de California. Llama al 800-999-3367 para escoja una dentista Pacific Union en su área.	Oficinas Dentales por todo el Norte de California. Llama al 800-422-4234 para escoja una dentista DeltaCare USA en su área.
<b>Selección de Dentista</b>	Libertad de utilizar cualquier dentista que escoja, sin embargo paga gastos menos del propio bolsillo cuando escoja una dentista Delta Dental Premier porque los costos son pre-negociados y el dentista no puede cobrar mas que la cantidad pre-negociada.	Visita un dentista Delta Dental para bajar los gastos del propio bolsillo. Tiene libertad de utilizar cualquier dentista pero pagara menos gastos del propio bolsillo cuando usa un dentista de Delta Dental y menos todavía cuando usa un dentista PPO de Delta Dental.	Debe utilizar un dentista de Bright Now! para todos los servicios y remisiones y debe ser proveído por un dentista de Bright Now!. <b>No pagará los beneficios de servicios dentales que no sean de Bright Now!.</b>	Debe utilizar un dentista de Pacific Union para todos los servicios y remisiones y debe ser proveído por un dentista de Pacific Union. <b>No pagará los beneficios de servicios dentales que no sean de Pacific Union.</b>	Debe utilizar un dentista de DeltaCare USA para todos los servicios y remisiones y debe ser proveído por un dentista de DeltaCare USA. <b>No pagará los beneficios de servicios dentales que no sean de DeltaCare USA.</b>
<b>Año del Plan Deducible</b>	\$100 por persona \$300 por familia	\$100 por persona \$300 por familia	Ninguno	Ninguno	Ninguno
<b>Año de Plan Máximo</b>	\$1,500 por persona	\$1,500 por persona	\$2,500 por persona	No hay un máximo	No hay un máximo
<b>Costos del Propio Bolsillo</b>	Paga beneficios de acuerdo a una Tabla de Asignaciones. Usted paga la diferencia entre La Asignación y los gastos del dentista.	Paga beneficios de acuerdo a una Tabla de Asignaciones. Usted paga la diferencia entre La Asignación y los gastos del dentista.	Copagos mínimos	Copagos mínimos	Copagos mínimos
<b>Beneficios Ortodónticos</b>	\$1,500 máximo de por vida solamente para un niño dependiente.	\$1,500 máximo de por vida solamente para un niño dependiente.	Costo de \$350.00 de empezar. Copago de miembro hasta 2,045.00. Cobertura para el miembro, cónyuge, y los niños.	Costo de \$350.00 de empezar. Copago de miembro hasta \$2,250.00. Cobertura para el miembro, cónyuge, y los niños que tienen 10 años y adelante.	Costo de \$350.00 de empezar. Cobertura para adultos hasta \$1,800.00 y los niños hasta \$1,600.00.